

يقع على عاتقك مسؤولية تقديم جميع المستندات المطلوبة إلى جانب طلب الحصول على المساعدات المالية المكتمل بالإضافة إلى شهادة الإقرار المكتملة. يجب على كل من المريض وزوجته / المريضة وزوجها إكمال صفحة إقرار.

يرجى ملاحظة أن الوثائق الأخرى غير المذكورة أدناه قد تكون مطلوبة وضرورية لمعالجة طلبك. يرجى ملاحظة أنه إذا كان عمرك يزيد عن 18 عامًا ولكن دون سن 22 عامًا وكنت مسجلًا كطالب بدوام كامل، فستحتاج إلى تقديم إثبات الهوية الخاص بك وكذلك الخاص بوالديك أو الوصي القانوني عليك وأشقائك. يجب عليك كذلك أن تقدم دخل والديك أو دخل الوصي القانوني عليك والأصول المملوكة لهم.

□ شكل واحد من أشكال الهوية الشخصية لكل فرد من أفراد الأسرة، بما في ذلك المريض والزوج / الزوجة والمعالين القصر. تتضمن النماذج المقبولة للهوية ما يلي: رخصة القيادة الأمريكية، أو جواز السفر، أو بطاقة الضمان الاجتماعي، أو شهادة الميلاد، أو بطاقة تسجيل الأجانب، أو رقم تعريف الموظف.

□ إثبات العنوان اعتبارًا من (تاريخ الخدمة / الطلب) \_\_\_\_\_ . تشمل الأشكال المقبولة لإثبات العنوان مباشرةً قبل تاريخ تقديم الخدمة / الطلب ما يلي: عقد الإيجار أو فاتورة المرافق. يكون جزء من العنوان البريدي يحمل اسم المريض وعنوانه مقبولاً أيضاً ولكن يجب أن يتم وضع علامة عليه من خلال البريد في غضون شهرين قبل تاريخ تقديم الخدمة / الطلب. لن يتم قبول أي شيء بعد تاريخ الخدمة. صندوق البريد لا تكون صناديق البريد مقبولة.

□ توثيق الدخل الإجمالي لمدة شهر واحد، أو ثلاثة أشهر، أو سنة واحدة مباشرةً قبل تاريخ الخدمة / الطلب لكل من المريض والزوج. قد تتضمن الوثائق ما يلي:

- كعوب شيكات الراتب من صاحب العمل (4 أسابيع متتالية مباشرةً قبل \_\_\_\_\_)
- معلومات عن امتيازات البطالة (4 أسابيع متتالية مباشرةً قبل \_\_\_\_\_)
- خطاب مكافأة الضمان الاجتماعي أو بيان امتيازات أخرى يوضح المعاش، والإعاقة، ودعم الطفل، والنفقة، والمعاش السنوي، إلخ...
- رسالة مكتوبة من صاحب العمل على ورق يحمل شعار الشركة تشير إلى مدة العمل، وتكرار دفع الراتب والمبلغ الإجمالي المدفوع كراتب. (لا يمكن أن تذكر المبلغ تقريباً، بل يجب أن يكون دقيقاً ويجب أن يشير إلى كلمة "الإجمالي" في الرسالة)
- بيان المحاسب عن الدخل الإجمالي المعدل إذا كان المريض و / أو الزوجان يعملان لحسابهما الخاص. يجب تضمين المعرف الضريبي في هذا البيان ويجب التوقيع عليه من قبل الشخص الذي يعد المستند. يجب أن يكون مؤرخاً بالضبط قبل شهر واحد أو ثلاثة أشهر أو سنة من تاريخ الخدمة أو الطلب. فيما يلي التواريخ الدقيقة المطلوبة: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- بيان الدعم من الشخص الذي يوفر الإقامة والمأكل إذا لم يكن للمريض وزوجه / زوجته أي دخل.

□ أحدث كشف حساب مصرفي (توفير وجاري) لكل من المريض وزوج / زوجته اعتبارًا من (تاريخ الخدمة / الطلب) \_\_\_\_\_ . كما سنحتاج كذلك إلى أرصدة جميع صناديق التقاعد، والصناديق الائتمانية، وشهادات الإيداع (CD)، وقيمة الأسهم في المنازل المملوكة بخلاف منازل الإقامة الأساسية، والأسهم، والسندات، وحسابات التقاعد الفردية، وأي أصول سائلة أخرى.

□ آخر الإقرارات الضريبية المودعة حديثاً وتشمل جميع الجداول ووثائق W2.

\_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
 \_\_\_ OVERLOOK MDICAL CENTER  
 \_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER  
 \_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER  
 \_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

# Atlantic Health System

## طلب الحصول على المساعدة المالية

اسم المريض		رقم الضمان الاجتماعي		تاريخ الميلاد	
العنوان البريدي		المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
صاحب العمل		هاتف المنزل		إجمالي الراتب	
<b>الدخل الآخر</b>					
الرفاهية دولار	البطالة دولار	آخر 12 شهراً	آخر 3 أشهر	على أساس سنوي	
الضمان الاجتماعي دولار	تعويض العمال دولار	عدد أفراد الأسرة	الأسماء وتواريخ الميلاد		
معاش المحاربين القدماء دولار	النفقة دولار				
التأجير دولار	غير ذلك دولار				
<b>الأصول السائلة</b>					
حساب التوفير	الحساب الجاري	شهادات الإيداع	أذون الخزانة		
حسابات التقاعد الفردية	الأوراق القابلة للتداول / أسهم الشركات	غير ذلك	إجمالي الأصول السائلة		
<b>فئة غير مؤهلة للمشاركة في برنامج Medicaid</b>					
دخل مرتفع _____					
غير معاق _____					
أجنبي غير مؤهل _____					
قيمة العقار					
دولار					
اسم شركة التأمين الصحي					
رقم وثيقة التأمين					
العنوان البريدي					
		المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
مبلغ الفاتورة الذي يدفعه التأمين		المبلغ الذي لا يدفعه التأمين		تاريخ الخدمة	
<p>أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه دقيقة وكاملة على حد علمي. وعلاوة على ذلك، سأقدم طلباً للحصول على أي مساعدة (برنامج Medicaid أو برنامج Medicare أو التأمين، إلخ)، والتي قد تكون متوفرة لدفع رسوم المستشفى الخاصة بي، وسألتزم بأي إجراء ضروري بشكل معقول للحصول على هذه المساعدة وسأقوم بتعيين المبلغ المسترد أو دفعه إلى المستشفى لسداد رسوم المستشفى. أفهم أن من واجبي توفير إثبات على قرار Medicaid إلى المستشفى أفهم أن هذا الطلب قد تم إعداده بحيث يمكن للمستشفى أن يحكم على أهليتي للحصول على خدمات بدون تعويضات في إطار برنامج الرعاية بدو تعويضات التابع لوزارة الصحة الخاصة بالولاية. اعتماداً على المعايير الموضوعية السارية في المستشفى. إذا ثبت أن أي معلومات أقوم بإعطائها غير صحيحة. أدرك أن المستشفى من حقها إعادة تقييم حالتي المالية واتخاذ الإجراء التي تراه مناسباً في ذلك الحين.</p>					
تاريخ الطلب: _____					
توقيع مقدم الطلب _____					
<b>الرجاء عدم كتابة أي شيء تحت هذا الخط (للاستخدام المكتبي فقط)</b>					
<b>تقرير الأهلية</b>					
تاريخ تلقي الطلب		تم التحقق من الدخل	تمت الموافقة على الطلب _____ في انتظار التحقق من الدخل		
تم رفض الطلب		نعم _____ لا _____	في انتظار قرار Medicaid		
<b>السبب:</b>					
نسبة الأهلية _____ %		توقيع الشخص متخذ القرار			
ملاحظة: إذا تم رفض الطلب، يمكنك تقديم طلب آخر للخدمات المستقبلية					

\_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
\_\_\_ OVERLOOK MEDIAL CENTER  
\_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

# Atlantic Health System

يقوم المريض بإكمال هذا القسم

## الإقرارات

أ. لدي (العدد) \_\_\_\_\_ من الأطفال القصر.

ب. أنا: أعزب، متزوج، مطلق، أرمل، منفصل بدون أي علاقات مالية تربطني مع زوجي / زوجتي

ج. لا أتلقى أي دعم للأطفال / نفقة من زوجي السابق / زوجتي السابقة / غيره / غيرها.

التوقيع: \_\_\_\_\_

د. أقر أنني لا يوجد لدي أي دخل من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

التوقيع: \_\_\_\_\_

هـ. في وقت توفير الخدمة، كنت عاطلاً عن العمل \_\_\_\_\_ أو \_\_\_\_\_ كنت أعمل لدى: \_\_\_\_\_

تاريخ التعيين: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ وكنت أتلقى \_\_\_\_\_ دولار أسبوعياً، كل أسبوعين، كل شهر، كل عام.

كنت أتلقى دخلاً آخر من \_\_\_\_\_ دولار أسبوعياً، كل أسبوعين، كل شهر، كل عام.

و. أقر أنني لا يوجد لدي أي أصول.

التوقيع: \_\_\_\_\_

ز. أقر أنني مشرد وكنت كذلك منذ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. أقيم / لا أقيم أحياناً في مأوى محلي.

لدي / ليس لدي بطاقة هوية.

اسم / عنوان المأوى: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

ح. أشهد بأنني لم أقم بعمل إقرار على ضريبة الدخل للعام \_\_\_\_\_ والسبب \_\_\_\_\_.

ط. أقر أنني لم يكن لدي أي تغطية صحية.

التوقيع: \_\_\_\_\_

ي. لقد كنت أقيم في العنوان \_\_\_\_\_ بمفردتي / مع \_\_\_\_\_

ك. أنا أقيم في ولاية نيو جيرسي منذ \_\_\_\_\_. ليس لي أي عنوان إقامة في أي ولاية أخرى أو في أي دولة أخرى، وأنوي الاستمرار في الإقامة في ولاية نيو جيرسي.

التوقيع: \_\_\_\_\_

ل. أنا لا أقيم في ولاية نيو جيرسي. وتم إدخالني إلى المستشفى في ظل ظروف طارئة.

التوقيع: \_\_\_\_\_

م. أنا أقدم هذا الإقرار لكي أتقدم بطلب للاستفادة من برنامج الرعاية الخيرية.

وأتفهم أن المعلومات التي قدمتها سوف تخضع للتحقق من قبل Atlantic Health System والحكومة الفيدرالية أو حكومات الولايات. يؤدي التزوير المتعمد لهذه الحقائق إلى إلغاء حق المستشفيات في الحصول على تعويض عن أي رسوم لا تغطيها شركة تأمين أخرى.

إذا طلب Atlantic Health System ذلك، فسوف أتقدم بطلب للاستفادة من المساعدات الحكومية أو المساعدات الطبية الأخرى لدفع فاتورة المستشفى إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من تلك المساعدات.

أقر أن المعلومات المتعلقة بدخلي وعدد أفراد أسرتي والأصول التي أمتلكها صحيحة ودقيقة على حد علمي.

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

الشاهد: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

\_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
\_\_\_ OVERLOOK MEDIAL CENTER  
\_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

# Atlantic Health System

إذا كان المريض متزوجاً / متزوجةً، يتم إكمال هذا القسم من خلال الزوج / الزوجة

## الإقرارات

أ. لدي (العدد) \_\_\_\_\_ من الأطفال القصر.

ب. أنا: أعزب، متزوج، مطلق، أرمل، منفصل بدون أي علاقات مالية تربطني مع زوجي / زوجتي

ج. لا أتلقى أي دعم للأطفال / نفقة من زوجي السابق / زوجتي السابقة / غيره / غيرها.

التوقيع: \_\_\_\_\_

د. أقر أنني لا يوجد لدي أي دخل من: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

التوقيع: \_\_\_\_\_

هـ. في وقت توفير الخدمة، كنت عاطلاً عن العمل \_\_\_\_\_ أو \_\_\_\_\_ كنت أعمل لدى: \_\_\_\_\_

تاريخ التعيين: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ وكننت أتلقى \_\_\_\_\_ دولار أسبوعياً، كل أسبوعين، كل شهر، كل عام.

كننت أتلقى دخلاً آخر من \_\_\_\_\_ دولار أسبوعياً، كل أسبوعين، كل شهر، كل عام.

و. أقر أنني لا يوجد لدي أي أصول.

التوقيع: \_\_\_\_\_

ز. أقر أنني مشرد وكننت كذلك منذ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. أقيم / لا أقيم أحياناً في مأوى محلي.  
لدي / ليس لدي بطاقة هوية.  
اسم / عنوان المأوى: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

ح. أشهد بأنني لم أقم بعمل إقرار على ضريبة الدخل للعام \_\_\_\_\_ والسبب \_\_\_\_\_.

ط. أقر أنني ليس لدي أي تغطية صحية.

التوقيع: \_\_\_\_\_

ي. لقد كنت أقيم في العنوان \_\_\_\_\_

بمفردتي / مع \_\_\_\_\_

ك. أنا أقيم في ولاية نيو جيرسي منذ \_\_\_\_\_. ليس لي أي عنوان إقامة في أي ولاية أخرى أو في أي دولة أخرى، وأنوي الاستمرار في الإقامة في ولاية نيو جيرسي.

التوقيع: \_\_\_\_\_

ل. أنا لا أقيم في ولاية نيو جيرسي. وتم إدخالني إلى المستشفى في ظل ظروف طارئة.

التوقيع: \_\_\_\_\_

م. أنا أقدم هذا الإقرار لكي أتقدم بطلب للاستفادة من برنامج الرعاية الخيرية.

وأنفهم أن المعلومات التي قدمتها سوف تخضع للتحقق من قبل Atlantic Health System والحكومة الفيدرالية أو حكومات الولايات. يؤدي التزوير المتعمد لهذه الحقائق إلى إلغاء حق المستشفيات في الحصول على تعويض عن أي رسوم لا تغطيها شركة تأمين أخرى. إذا طلب Atlantic Health System ذلك، فسوف أتقدم بطلب للاستفادة من المساعدات الحكومية أو المساعدات الطبية الأخرى لدفع فاتورة المستشفى إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من تلك المساعدات.

أقر أن المعلومات المتعلقة بدخلي وعدد أفراد أسرتي والأصول التي أمتلكها صحيحة ودقيقة على حد علمي.

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

الشاهد: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_